

Hematocolpos Sur Imperforation Hymeneale a Propos De 3 Cas

Dr.Ramsiss. H¹ and arrak. H²

¹ faculte de medecine et de pharmacie de rabat maroc

Received: 16 December 2014 Accepted: 31 December 2014 Published: 15 January 2015

Abstract

Resume-L'imperforation hyménéale est une malformation assez rare, et grave lorsqu'elle est ignorée. En se basant sur les données de la littérature concernant cette malformation, on a réalisé une étude rétrospective portant sur 3 cas d'hématocolpos sur hymen imperforé, colligés au service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque de la maternité Souissi de Rabat (MAROC), sur une période allant de janvier 2011 à janvier 2014. Il ressort de ce travail que cette anomalie est l'apanage des patientes en période péri pubertaire. L'éventail des signes cliniques est dominé par les douleurs abdominopelviennes; l'existence d'une tumefaction abdomino-pelvienne chez toutes nos patientes et par des complications urinaires a type de rétention aigue d'urine chez une de nos 3 cas. Le diagnostic est surtout clinique il est orienté par l'échographie. L'imperforation hyménéale reste l'étiologie la plus fréquente, elle est retrouvée chez nos 3 malades, Le traitement chirurgical est simple porté sur une incision de la membrane obturante, et un drainage de la collection.

Index terms—

1 I. Introduction

L'imperforation hyménéale est une affection relativement rare, mais la plus fréquente des malformations congénitales du tractus génital féminins (1). Elle est souvent isolée (2), La cryptoménorrhée douloureuse par imperforation hyménéale parapubertaire est le tableau révélateur le plus classique (3). Des symptômes non gynécologiques égarent parfois le diagnostic.

L'imperforation hyménéale est de diagnostic facile grâce à l'inspection des organes génitaux externes, L'échographie a simplifié l'analyse de cette pathologie rare, et constitue la meilleure méthode de diagnostic précoce grâce à l'échographie in utéro.

L'hyménotomie est le traitement de l'hématocolpos par imperforation hyménéale. Pour les hématocolpos révélateurs des malformations, le traitement de la malformation causale est plus complexe.

Le diagnostic et le traitement précoce de l'imperforation hyménéale est important afin d'éviter toutes séquelles tubaires.

Author ? ? ? ? ¥ §: Service De Gynecologie Obstetrique Cancerologie Et Grossesse A Haut Risque. Maternite Souissi, Rabat, Maroc. e-mails: ramsisshanan@yahoo.fr, hanan.aygo@gmail.com Dans notre travail on rapporte une série de 3 imperforations hyménéales.

2 II. Observations a) Cas num 1

Patiente de 14 ans, est adressée par le service de pédiatrie de l'hôpital d'enfant de Rabat pour un tableau d'abdomen aigu avec la notion de douleurs cycliques depuis trois mois. Elle n'a pas eu sa ménarche, mais présente des caractères sexuels développés (seins à S4 et pilosité pubienne à P5). L'examen a montré un léger bombement de l'hymen et de la cloison recto-vaginale (photo1). L'échographie a mis en évidence un hématocolpos (photo 2). L'incision chirurgicale de l'hymen a permis de vider 500 millilitres de sang noirâtre. L'évolution est favorable lors de l'examen de suivi de la patiente après trois semaines. Un certificat médical de perte de virginité médical est donné à la famille.

3 b) Cas num 2

Patiente de 13 ans admise aux urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfant de Rabat pour douleur pelvienne remontant à 4 jours avant son admission compliquée de rétention aigue d'urine depuis 12h à l'examen abdominal et pelvien on note la présence d'une masse pelvienne de 10cm rénitente mobile par rapport aux deux plans avec un globe vésicale .un bon développement des organes génitaux externes et des caractères sexuels secondaires avec un hymen imperforé bleuâtre et bombant (photo 3).Une échographie réalisée en urgence a montrer un hematocolpos avec hematosalpinx droit .puis nous a été référée pour prise en charge chirurgicale une incision en Y de l'hymen avec drainage de 400 cc de sang noirâtre plicature des lambeaux au vicryl 5(0) a la paroi mise en place d'une sonde vesicale 18ch dans le vagin pendant 10 jours .une évolution sans sténose .l'orifice a été dilaté une fois par semaine pendant 1 mois puis une fois par quinze jours puis une tous les trois mois . Un certificat médical de perte de virginité médical est donné à la famille.

4 c) Cas num 3

Patiente de 13 ans admise aux urgences de la maternité Souissi pour douleur pelvienne cyclique depuis 6 mois avec exacerbation de la douleur depuis 15 jours sans signes urinaires avec masse pelvienne de 11 cm , a l'échographie l'utérus est en place mesurant 6,8/4,35 réguliers avec rétention liquidienne endocavitaire finement échogène communiquant via l'orifice cervical ,collection retro vésicale finement échogène a paroi épaissie de 8,5/6,6cm. Incision en Y. drainage de 450cc de sang noirâtre (photo 4), passage d'une sonde dans le vagin L'évolution est satisfaisante, on a réalisé une dilatation aux 10ème jours après sa sortie 1 fois / semaine, puis 1 fois / 15 jours, puis 1 fois / mois. Un certificat médical de perte de virginité médical est donné à la famille.

5 III. Resultats et Discussion

L'hymen est un reliquat du feuillet mésodermique qui se perfore normalement pendant les dernières étapes du développement embryonnaire (4). L'imperforation hyménale est un incident rare estimé à 1 pour 2000 naissances féminines (4,5). L'incidence rapportée par la littérature est largement variable, selon qu'on apprécie de façon globale, selon l'âge ou selon le type de la lésion anatomique (6). Dans les cas typiques, l'âge de découverte de l'hématocolpos est entre 12 et 15 ans (l'âge de la ménarche) ??? ; 8). Dans notre série qui comporte 3 cas d'hématocolpos, l'âge de nos malades varie entre 13 et 14 ans (la période pubertaire).

La majorité des cas rapportés dans la littérature sont sporadiques, néanmoins, quelques cas familiaux ont été décrits laissant présumer d'une prédisposition génétique probable (5,9).

Aucune parmi les patientes que nous avons présentées n'a d'antécédents familiaux d'imperforation hyménale.

Le diagnostic d'imperforation hyménale est possible in utero devant la constatation à l'échographie d'un hydroméetrocolpos (10,11). Le diagnostic in utero présente en plus l'intérêt de rechercher des malformations rénales associées. Ce diagnostic peut se faire par un dépistage systématique à la naissance mais aussi devant un hydroméetrocolpos lors de la crise génitale du nouveau-né de sexe féminin (12). Le plus souvent, cette malformation est découverte à la puberté. Le diagnostic doit être suspecté devant une jeune fille présentant une aménorrhée primaire avec des caractères sexuels secondaires normalement développés.

Les patientes consultent généralement pour des douleurs pelviennes récurrentes secondaires à l'accumulation du sang dans le vagin ou hématocolpos (13). Le caractère cyclique des crises douloureuses peut manquer étant donné l'irrégularité habituelle du cycle menstruel au cours de la période péripubertaire (14). Les douleurs peuvent être trompeuses, pseudoappendiculaire et induire des interventions 'en excès' pour suspicion d'appendicite aigue (15). L'hématocolpos peut comprimer l'urètre et être à l'origine d'une dysurie, d'une rétention vésicale complète voire d'une urétéro-hydronephrose bilatérale (13,16,17,18,19,20) Einsenberg (21) a rapporté à travers une série de 44 observations d'hématocoplos, 7 cas de rétention vésicale. La constipation relève du même mécanisme compressif (22). Dans notre série toutes les patientes n'étaient pas encore ménarche. Toutes les malades ont un bon développement des organes génitaux externes, et des caractères sexuels secondaires.

Deux patientes ont présenté des douleurs cycliques auparavant La douleur abdomino-pelvienne a dominé le tableau fonctionnel, elle a été observée dans tous les cas. 1 de nos malades a rapporté des signes urinaires à type de rétention aigue des urines. Aucune de nos malades n'a présenté des signes de compression vasculaire, nerveuse ou digestive.

Le sang est retenu d'abord dans le vagin, puis l'utérus (hématométrie) et éventuellement les trompes. Son volume varie d'une patiente à une autre et peut même atteindre 3 litres (9). Le flux menstruel rétrograde peut altérer les trompes ou entraîner des lésions d'endométriose qui peuvent entraver la fertilité ultérieurement (23). Toutefois, cette éventualité est rare si le diagnostic est établi précocement et la fertilité est généralement conservée (24,25,26). Le diagnostic clinique de cette malformation est le plus souvent facile. L'examen de l'abdomen met en évidence une tuméfaction sus-pubienne ovale, à grosse extrémité supérieure, aux contours réguliers, de consistance fluctuante ou rénitente, sensible, mate à la percussion, et plongeant en bas derrière la symphyse pubienne. L'inspection de la vulve permet de reconnaître l'imperforation en montrant une membrane translucide bleutée faisant saillie entre les petites lèvres. Le toucher rectal perçoit une tuméfaction médiane, antérieure, de consistance liquidienne, rénitente, se prolongeant avec la masse abdominale et descendant à proximité du sphincter anal.

Dans notre série L'examen génital montre l'existence d'une imperforation hyménéale avec un hymen imperforé bombant chez les 3 malades, la palpation a pu objectiver l'existence d'une masse chez toutes les patientes. En cas de doute diagnostique, l'échographie peut être utile en montrant l'hématocolpos sous la forme d'une image médiane, rétrovésicale de tonalité liquidienne contenant quelques échos hétérogènes. Elle permet aussi d'apprécier le retentissement en amont de la rétention menstruelle en recherchant une hématométrie, un hématosalpinx et un épanchement intraabdominal (27). L'IRM prend place dans l'exploration des masses pelviennes et des malformations utéro-vaginales. Ces avantages sont surtout valables en cas de difficulté de diagnostic échographique.

L'UIV est réalisée devant des signes échographiques évoquant.

La coelioscopie permet d'établir un bilan lésionnel précis du retentissement en amont et de traiter une éventuelle endométriose ainsi que les adhérences périannexielles secondaires à l'inflammation chronique (10). Elle est surtout indiquée en cas d'hématocolpos important faisant craindre un retentissement en amont (10,11,12,28).

Dans notre étude l'échographie abdominopelvienne a été réalisée chez toutes les malades, l'échographie était complémentaire au diagnostic confirmer cliniquement. Elle a permis de mettre en évidence une collection liquidienne utérine et intra vaginale en faveur d'un hématocolpos. Le traitement est chirurgical. Les objectifs de ce traitement sont :

- ? Rétablir la perméabilité du tractus génital.

- ? Assurer une fonction sexuelle normale.

- ? Tenter de préserver la fertilité ultérieure.

Il doit être entrepris dans tous les cas, il ne faut guère compter sur la régression spontanée des retentions. L'abstention, même dans les formes légères, risquerait de laisser s'installer une infection génitale et urinaire, plus fréquemment rencontrées dans les formes dépistées tardivement.

Le traitement se limite dans un grand nombre des cas au simple drainage de la poche en rétention.

L'excision circonférentielle totale de l'hymen risque d'entraîner une sclérose et une dyspareunie officielle (28,29). Elle est donc à éviter. L'hyménotomie doit permettre un écoulement menstruel normal en essayant de respecter autant que possible la virginité de ces jeunes patientes surtout dans notre contexte social et d'assurer une vie sexuelle ultérieure normale en évitant la resténose. Pour cela, il faut respecter les orifices des glandes de Bartholin à 5 heures et à 7 heures et inciser à 11 heures en position gynécologique afin de libérer la berge inférieure du méat urinaire et d'assurer une désolidarisation méatohyménéale. Plusieurs techniques chirurgicales sont proposées dans la littérature. Salvat (30) recommande la technique des incisions hyménéales radiaires étoilées qui est simple mais qui ne garantit pas la virginité. Une autre technique a été décrite par Ali et al (31). Elle consiste à exciser une petite collerette centrale de l'hymen à travers laquelle on introduit une sonde de Foley. Le ballonnet de la sonde est gonflé à 10 cm³. Cette sonde est ensuite retirée après 2 semaines. Cette technique nous a paru intéressante, car simple, moins invasive que les autres méthodes et préserve l'architecture normale de l'hymen. Le seul inconvénient relatif à cette technique est la gêne secondaire au port de la sonde pendant 2 semaines. Les résultats de cette technique sont plutôt encourageants : seules deux patientes sur 65 ont présenté une sténose hyménéale secondaire dans la série de Acar (31). Dans tous les cas, un contrôle clinique postopératoire doit être systématique pour vérifier l'absence de sténose secondaire, Ceci dit, le meilleur traitement reste préventif, basé sur un diagnostic précoce de la malformation et sur une chirurgie entreprise après développement des organes génitaux mais avant l'apparition de l'hématocolpos.

Dans notre série les 3 malades ayant un hématocolpos sur une imperforation hyménéale ont bénéficié d'une incision de l'hymen en Y, l'évacuation de la collection hématique, et un drainage par une sonde laissée en place pendant 1 semaine à 10 jrs était de principe.

Toutes les patientes ont été mises sous une biantibiothérapie, les soins locaux pluriquotidiens, des séances de dilatation en fonction de l'évolution.

L'évolution dans les 3 cas d'imperforation hyménéale, était satisfaisante sans sténose post opératoire.

6 IV. Conclusion

Les imperforations hyménéales regroupent un ensemble de malformations génitales. C'est une affection souvent bénigne, d'évolution favorable, si elle est diagnostiquée et traitée précocement. A l'inverse sa méconnaissance, expose à des complications graves, menaçant le pronostic vital et compromettant sérieusement son avenir obstétrical. L'échographie reste l'examen de choix pour confirmer le diagnostic, et permet d'identifier un possible retentissement en amont et d'éventuelles anomalies urogénitales associées.

Le dépistage systématique à la naissance, et un traitement précoce sont les meilleurs garants de prévention des complications de cette pathologie. Nous avons observé 3 hématocolpos secondaires à la méconnaissance d'un hymen imperforé. Les salles d'accouchement dans nos pays ne pouvant être accompagnées de pédiatres, l'information des sages-femmes, insistant sur l'examen systématique des nouveau-nés, permettra de reconnaître, à la naissance, les malformations, dont l'imperforation de l'hymen. Cela éviterait des situations d'urgence qui favorisent parfois des traitements inappropriés. Le traitement est exclusivement chirurgical et les voies d'accès diffèrent. Il demeure, le plus souvent, d'une remarquable simplicité et amène une guérison définitive.



Figure 1:

161 [Messina and Fm] , M ; Severi Messina , Fm .
 162 [Emans et al.] , S J Emans , M R Laufer , D P Goldstein .
 163 [Salvat et al. ()] , J Salvat , L: Slamani , Hématocolpos . *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1998. 27 p. .
 164 [Salvat et al. ()] , J Salvat , L Slamani , Hématocolpos . *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1998. 27 p. .
 165 [Salvat et al. ()] , J Salvat , L Slamani , Hematocolpos . *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998. 27 p. .
 166 [Chang et al. ()] 'Acute urinary retention as the presentation of imperforate hymen'. J W Chang , L Y Yang , H
 167 H Wang , J K Wang , C M Tiu . *J Chin Med Assoc* 2007. 70 p. .
 168 [Wort et al. ()] 'Acute urinary retention in the young female'. S J Wort , C Heman-Ackah , A Davies . *Br J Urol*
 169 1995. 13 p. .
 170 [Yu and Lin ()] 'Acute urinary retention in two patients with imperforate hymen'. T J Yu , M C Lin . *Scand J*
 171 *Urol Nephrol* 1993. 27 p. .
 172 [Adali et al. ()] 'An overlooked cause of acute urinary retention in an adolescent girl: a case report'. E Adali , M
 173 Kurdoglu , R Yildizhan , A Kolusari . *Arch Gynecol Obstet* 2009. 279 p. .
 174 [Walsh and Shih ()] 'An unusual case of urinary retention in a competitive gymnast'. B Walsh , R Shih . *J Emerg*
 175 *Med* 2006. 31 p. .
 176 [Heger et al. ()] 'Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and
 177 nonspecific findings'. A H Heger , L Ticson , L Guerra . *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002. 15 p. .
 178 [Einsenberg and Faber ()] 'Complete duplication of the uterus and cervix with unilaterally imperforate vagina'.
 179 E Einsenberg , M Faber . *Obst Gynecol* 1982. 60 p. .
 180 [Paniel and Truc ()] 'Diagnostic des malformations congénitales de la vulve et du vagin'. B J Paniel , J B Truc .
 181 *Ann Pédiatr* 1987. 34 p. .
 182 [Emans Laufer Goldstein ()] 'Dysmenorrhea, pelvic pain, and the premenstrual syndrome'. *Pediatric and Ado-*
 183 *lescent Gynecology 5th ed. Philadelphia : Lippincott-Raven*, S J Emans, M R Laufer, D P Goldstein (ed.)
 184 2004. p. .
 185 [Olive and Henderson ()] 'Endometriosis and mullerian anomalies'. D L Olive , D Y Henderson . *Obstet Gynecol*
 186 1987. 69 p. .
 187 [Sakalkale and Samarakkody ()] 'Familial occurrence of imperforate hymen'. R Sakalkale , U Samarakkody . *J*
 188 *Pediatr Adolesc Gynecol* 2005. 18 p. .
 189 [Letts and Haasbeek ()] 'Hematocolpos as a case of back pain in premenarchal adolescents'. M Letts , J Haasbeek
 190 . *J Pediatr Orthop* 1990. 10 p. 731.
 191 [Yanza et al. ()] 'Hymen imperforé, diagnostic négligé à la naissance, urgence chirurgicale à l'adolescence'. M C
 192 Yanza , A Sepou , E Nguembi , R Ngbale , C Gaunefet , M N Nali . *Schweiz Med Forum* 2003. 44 p. .
 193 [Wang et al. ()] 'Imperforate hymen presenting with chronic constipation and lumbago: report of one case'. W
 194 Wang , M H Chen , W Yang , D L Hwang . *Acta Paediatr Taiwan* 2004. 45 p. .
 195 [Loscalzo et al. ()] 'Imperforate hymen with bilateral hydronephrosis : an unusual emergency department
 196 diagnosis'. I L Loscalzo , M Catapano , J Loscalzo , A Sama . *J Emerg Med* 1995. 13 p. .
 197 [Dane et al. ()] 'Imperforate hymen-a rare cause of abdominal pain: two cases and review of the literature'. C
 198 Dane , B Dane , M Erginbas , A Cetin . *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007. 20 p. .
 199 [Chelli et al. ()] 'Imperforation hyménéale : peut-on la traiter en préservant la virginité'. D Chelli , M Kehila ,
 200 E Sfar , B Zouaoui , H Chelli , B Chanoufi . *Santé* 2008. 18 p. .
 201 [Rochet ()] 'les principales malformations génitales : Aspects thérapeutiques'. Y Rochet . *Rev Fr Gyn Obstet*
 202 1986. 81 p. .
 203 [Liang et al. ()] 'Long-term followup of women who underwent surgical correction for imperforate hymen'. C C
 204 Liang , S D Chang , Y K Soong . *Arch Gynecol Obstet* 2003. 269 p. .
 205 [Mall DJ: An usual case of urinary retention due to imperforate hymen J Accid Emerg Med ()] 'Mall DJ: An
 206 usual case of urinary retention due to imperforate hymen'. *J Accid Emerg Med* 1999. 16 p. 232.
 207 [Battran ()] 'Mullerian anomalies and their management'. V C Battran . *Fertil steril* 1983. 40 p. .
 208 [Rock et al. ()] 'Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse
 209 vaginal septum'. J A Rock , H A Zacur , A M Dlugi . *Obstet Gynecol* 1982. 59 p. .
 210 [Winderl and Silverman ()] 'Prenatal diagnosis of congenital imperforate hymen'. L M Winderl , P K Silverman
 211 . *Obstet Gynecol* 1995. 85 p. .
 212 [Joki-Erkkilä and Heinonen ()] 'Presenting and longterm clinical implications and fecundity in females with
 213 obstructing vaginal malformations'. M M Joki-Erkkilä , P K Heinonen . *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003.
 214 16 p. .

- 215 [Robberecht et al. ()] 'Radiological case of the month hematocolpos due to imperforate hymen'. E Robberecht ,
216 A Smets , M V Wincker , F Delens . *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996. 150 p. .
- 217 [Acar et al. ()] 'The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of
218 Foley catheter'. A Acar , O Balci , R Karatayli , M Capar , M C Colakoglu . *BJOG* 2007. 114 p. .
- 219 [Ali et al. ()] 'Treatment of imperforate hymen by application of Foley catheter'. A Ali , C Cetin , C Nedim , G
220 Kazim , A Cemalettin . *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003. 106 p. .
- 221 [Bocchi ()] 'Voluminous prénatal masse : a case f congénital hydrometrocolpos'. C ; Et Bocchi , Al . *J Matern*
222 *Fetal Neonatal Med* 2004. 15 p. 135.